

rompue pour ne reparaitre que quelques semaines ou quelques mois après. Au moment de la crise, les urines peuvent, par intervalles, cesser de contenir du sang; cette modification se fait du matin au soir ou d'un jour à l'autre; on suppose alors qu'il y a cessation de l'hémorragie au niveau de la tumeur, ou que l'uretère correspondant au rein malade a été momentanément oblitéré par un caillot dont l'expulsion précède alors une nouvelle poussée hématurique. A mesure que la tumeur grossit, les mictions sanglantes se répètent et deviennent plus abondantes. Mais les exceptions sont très nombreuses. Roberts, Dickinson, Guyon ont cité des observations où les crises hématuriques, très fréquentes pendant les premières périodes de la maladie, s'éloignaient peu à peu et disparaissaient complètement pendant plusieurs années, trois, quatre ou cinq ans, jusqu'aux dernières limites du mal.

La disparition des hématuries peut s'expliquer tout naturellement si l'uretère a été comprimé, dévié ou oblitéré. Il peut arriver aussi que les noyaux cancéreux, siège de l'hémorragie, ne se mettent plus en rapport avec le bassin et l'uretère et que les effractions de vaisseaux soient purement interstitielles. Lorsque l'hématurie présente ces contrastes du commencement à la fin d'une affection des voies urinaires, elle permet d'éliminer toute idée de néoplasme vésical, dont les mictions sanglantes se rapprochent et s'aggravent jusqu'aux derniers jours.

Dans certains cas où l'hématurie rénale se reproduit sans être considérable d'ailleurs, on voit de ce fait la santé s'altérer et une profonde anémie en être la conséquence.

Il est rare qu'il y ait d'autres modifications des urines que celles produites par le mélange du sang. La *dysurie* signalée par Gerhardt est exceptionnelle, les urines sont rendues en quantité normale; on sait, en effet, que le rein du côté opposé s'hypertrophie et que souvent il est indemne ou ne contient que de petits noyaux secondaires. Si les deux reins sont affectés, il peut y avoir diminution des urines (Wagner). L'albuminurie ne se rencontre pour ainsi dire jamais. Féréol en a cité une observation. Contrairement à ce que l'on observe parfois dans les tumeurs de la vessie, on n'a jamais trouvé dans l'urine de fragments de cancer ni de cellules isolées pouvant être rapportées aux reins. Cependant les cellules de l'épithélioma rénal sont assez caractéristiques pour être recherchées à nouveau; elles sont complètement différentes de celles qui appartiennent au cancer de la vessie. Des cylindres hématiques nombreux indiquent que l'hématurie est due à une altération des reins.

Marche et formes de la maladie. — Dans la pratique, on est rarement en présence d'un seul des signes ou symptômes dont nous venons d'étudier les variations. Habituellement le cancer du rein se présente avec la forme que Guillet appelle complète et Patino-Luna régulière, c'est-à-dire que *la tumeur et le varicocèle d'un côté, la douleur et les hématuries de l'autre*, apparaissent successivement se suivant de près, chacun de ces signes, sauf le varicocèle, pouvant apparaitre le premier à peu près avec la même fréquence; les chiffres que nous avons cités plus haut l'établissent. Une fois reconnue, la maladie présente une marche assez régulière, la tumeur suivant la progression précédemment indiquée, se mettant en rapport avec la paroi abdominale, les hématuries se répétant de temps à autre. Enfin, après une période dont la longueur est très variable, la santé générale s'altère et la cachexie survient. A ce moment,

les fonctions digestives sont fortement troublées, en quelques mois, les malades présentent une faiblesse extrême, et sont considérablement amaigris.

Les cancers du rein sont cependant parmi les tumeurs malignes celles qui peuvent évoluer pendant un temps relativement considérable sans compromettre l'existence. Roberts et Guillet ont pu suivre pendant 2 et 3 ans, principalement chez les enfants, des néoplasmes du rein, qui n'avaient en apparence altéré aucune des principales fonctions. L'appétit était soutenu et, à mesure que les forces diminuaient, les enfants présentaient une véritable voracité.

Cette conservation apparente de la santé est exceptionnelle, car la plupart des tumeurs observées dans le premier âge présentent une marche rapide, surtout quand il s'agit de sarcomes: sur 17, 10 ont évolué en moins d'un an et 7 en plus d'un an, la durée maxima a été de 2 ans et demi. Chez l'adulte, au contraire, la durée du sarcome est beaucoup plus longue.

Pour le *cancer*, Roberts, Dickinson, Rohrer, Ebstein, signalent une marche assez lente; Guillet sur 25 cas note que l'évolution s'est faite 6 fois en moins d'un an, 6 fois de un an à 4 ans, 5 fois de 4 ans à 10 ans, et 6 fois en plus de 10 ans. En prenant la moyenne de ces chiffres, on obtient une durée de 4 ans et demi; en tenant compte des erreurs possibles, la moyenne peut être réduite à 3 ans et demi. En comparant cette durée à celle d'autres cancers viscéraux, foie (8 mois), estomac (12 à 15 mois), utérus (16 à 17 mois), on arrive à conclure avec Roberts que le cancer du rein a une durée sensiblement supérieure à celle des carcinomes des autres viscères (Guillet). Nous avons observé un malade chez lequel les premières hématuries remontaient à plus de 7 ans et qui mourut avec une volumineuse tumeur n'ayant pas franchi la capsule et ne s'étant pas généralisée.

Les *tumeurs du bassin* ne diffèrent pas des tumeurs du rein proprement dites au point d'être facilement reconnaissables. D'après Albarran, on relève comme pour les cancers du rein les trois signes cardinaux: tumeur, douleur, hématurie. Mais la *douleur* n'offre rien de spécial; quant à l'*hématurie*, elle s'est montrée dans 11 observations dont 2 fois avec douleur offrant les mêmes caractères que dans les épithéliomas rénaux. La *tumeur* a paru dans trois cas seulement présenter des variations de volume, ce qui serait un signe en faveur d'une rétention liquide dans le bassin et, par conséquent, une présomption en faveur d'un néoplasme de cette cavité.

En effet, il y a assez fréquemment prolongation de la tumeur vers l'uretère et, par suite, hydronéphrose, hématonéphrose ou pyonéphrose possibles. La tumeur peut donc simuler une rétention d'origine calculeuse ou de cause indéterminée. Il faut se rappeler aussi que l'hématonéphrose *isolée* peut être la conséquence de traumatismes du rein, de *lithiase* avec rétention, d'hydronéphrose devenue hémorragique.

La coexistence de l'hématonéphrose avec une tumeur du rein peut à la rigueur être expliquée par une tumeur de la vessie oblitérant les uretères. Restent comme procédés de diagnostic certain la cystoscopie et à la rigueur le cathétérisme urétéral permettant de ramener avec le sang les cellules de la tumeur.

Le rein malade est d'ailleurs suppléé par l'autre, à moins qu'il n'y ait développement simultané de tumeurs à gauche et à droite. Les observations de

Dietrich, Lancereaux, Butte, Colleville, Furbringer où des *accidents urémiques* ont été signalés, constituent des exceptions. Plusieurs complications peuvent précipiter le dénoûment : en premier lieu la répétition des hémorragies, rarement assez abondantes pour causer la mort, mais amenant à leur suite un affaiblissement progressif contre lequel les malades ne peuvent réagir. Bright a mentionné une hémorragie intra-péritonéale consécutive à la rupture d'une tumeur; Rayet, la perforation du duodénum suivie de *melæna* et la possibilité d'une péritonite suraiguë; Jeannel⁽¹⁾, des accidents d'occlusion intestinale; Cornil, la destruction de la colonne vertébrale et la compression de la moelle avec paraplégie complète; enfin, Guillet indique comme complication ultime possible l'embolie pulmonaire.

La forme *complète* du cancer rénal correspond à l'évolution d'une tumeur douloureuse accompagnée d'hématuries terminée par émaciation et marasme. On l'observe dans 58 observations sur 117 (Guillet). Les relevés de Chevalier donnent une proportion plus forte pour le cancer de l'adulte : 75 pour 100. Que faut-il penser des formes frustes ou incomplètes? La variété caractérisée par la présence d'une *hypertrophie notable du rein*, avec *douleur lombaire sans hématurie*, ne peut être considérée comme fruste. Malgré l'absence d'hématurie, la maladie est facile à reconnaître; il convient d'ailleurs de défalquer des formes soi-disant frustes les observations où le pissement de sang survenu pendant les premières périodes de l'affection est resté méconnu des malades, soit qu'ils n'en aient pas compris la signification, soit qu'ils en aient perdu le souvenir.

On ne peut admettre facilement la possibilité d'une *forme hématurique sans tumeur*, car si la maladie progresse, la tumeur apparaîtra, c'est un signe presque constant. Il peut y avoir à la rigueur une période hématurique prémonitoire et non une forme hématurique proprement dite; en pareil cas l'hémorragie reste pendant quelque temps le symptôme initial. D'ailleurs Rayet, qui le premier indiqua cette forme, dit que pendant la vie elle peut être plutôt soupçonnée que reconnue; il n'en publie pas d'observations.

Quant à la *forme latente* de Rayet, elle comprend des observations où il n'y a ni tumeur, ni douleur, mais où certainement le cancer est secondaire, et représenté par de petites masses épithéliales disséminées dans les deux reins; c'est une disposition sans importance pour le fonctionnement régulier de l'organe.

On pourrait considérer comme latente la variété de cancer du rein débutant par des phénomènes cachectiques et une émaciation notable. Pour cette forme Chevalier donne la proportion de 14 pour 100 chez l'enfant, de 18 pour 100 chez l'adulte. Dans un fait de ce genre observé chez un malade qui n'avait éprouvé aucun désordre du côté du rein et des urines, mais qui était déjà très amaigri, Guyon procédant à un examen méthodique trouva une volumineuse tumeur. Ce n'est dans ce cas particulier ni une forme latente ni une forme cachectique, mais un exemple de tumeur sans douleur et sans hématurie.

Nous avons cependant publié une observation qui peut être considérée comme une *forme latente de cancer du rein*. Le noyau cancéreux était de petit volume, le rein dans son ensemble légèrement hypertrophié. L'attention

(1) JEANNEL. Contribution à l'étude des tumeurs du rein infiltrées dans le mésentère. *Congrès de chir.*, 1886.

avait été attirée du côté du rachis qui présentait une déformation à la partie inférieure de la région cervicale, le diagnostic de mal de Pott avait été porté. La mort survint par le fait d'une maladie accidentelle, les vertèbres étaient envahies par une tumeur molle du même type épithélial que l'épithéliome du rein.

Dans une autre observation, exceptionnelle aussi dans son genre, on ne releva dans les antécédents du malade aucune hématurie; en explorant l'abdomen sous le chloroforme on ne perçut qu'une tuméfaction profonde faisant corps avec la colonne vertébrale. La paroi abdominale, et surtout la région lombaire, était œdémateuse, des veines très apparentes pouvaient être suivies au niveau du flanc. Le seul symptôme appréciable, en regard de tous ces signes négatifs touchant l'origine de l'affection, était une *douleur violente* occupant la région lombaire avec irradiation du côté du bas-ventre et du testicule; le malade était pâle, amaigri, les douleurs lombo-abdominales étaient continues, avec redoublements paroxystiques extrêmement pénibles.

Une incision exploratrice fut négative, la mort survint quelques semaines après cette tentative opératoire par les progrès de la cachexie douloureuse. Ce fait est encore un exemple de forme incomplète et irrégulière de cancer du rein que l'on peut appeler *forme douloureuse*, c'est presque une forme fruste, car en pareille circonstance le diagnostic ne pourrait être affirmé. L'autopsie démontra l'existence d'un *cancer atrophique* du rein avec périnéphrite cancéreuse englobant les veines et les nerfs au niveau des trous de conjugaison. On doit reconnaître que la ténacité de la douleur, sa violence, la cachexie qui l'accompagnait, étaient des symptômes favorables à l'idée d'un cancer profond ayant envahi la colonne vertébrale. L'absence de tumeur appréciable autorisait à supposer que le point de départ était ailleurs que dans le rein.

Parmi les *formes rares* de cancer du rein, il faut ranger celles qui présentent des pulsations isochrones aux battements cardiaques et parfois même un bruit de souffle. Dans une observation de Holmes, il y avait dans la région lombaire et la fosse iliaque gauche une *tumeur pulsatile*, le souffle perçu au niveau de la tumeur était doux; dans un fait de Ballard, il était si intense que Bright, après avoir examiné le malade, diagnostiqua un anévrysme de l'artère rénale. Langstaff, Bristow, ont signalé des faits analogues.

Certains cancers du rein peuvent contenir de *gros kystes remplis de sang*; on perçoit la fluctuation par la palpation profonde. Enfin, il existe un cas d'Abele, cité par Guillet, d'une tumeur du rein tellement volumineuse qu'elle distendit les parois abdominales et se fit jour au dehors après les avoir ulcérées et rompues. La tumeur entraîna avec elle une anse d'intestin qui se gangrena et donna lieu à un anus contre nature.

Diagnostic. — Il est facile d'établir en général le diagnostic de cancer du rein. Les exceptions assez nombreuses à cette règle concernent des faits trop disparates pour que l'énumération complète en puisse être faite ici. Déjà nous avons donné plus haut quelques exemples de formes exceptionnelles qui ne sont justiciables d'aucun examen méthodique puisque les signes pathognomoniques font défaut. Les épithéliomas du rein ne donnant lieu qu'assez tardivement à des noyaux erratiques, on ne saurait rapporter avec vraisemblance à une tumeur de cet organe une lésion de la peau ou de la colonne vertébrale puisque l'affection rénale n'est même pas soupçonnée.

Lorsque la tumeur est déjà visible dans le flanc, on la différenciera des néoplasmes de la paroi abdominale en ce que ces derniers restent superficiels et deviennent immobiles lorsque les muscles droits se contractent, tandis que les cancers du rein conservent la faculté de ballotter et restent profonds; jamais d'ailleurs les tumeurs de la paroi ne sont séparées du doigt qui percute par un organe sonore.

Les néoplasmes du foie font souvent saillie au-dessous des fausses côtes; quand ils atteignent un certain volume, ils soulèvent et projettent au dehors la paroi costale en donnant lieu à une déformation caractéristique, le foie éprouve en même temps un mouvement de bascule qui met son bord antérieur net et tranchant en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen. La matité se prolonge souvent assez haut, jusqu'au mamelon, l'intestin ne s'interpose pas entre la paroi abdominale et le foie cancéreux.

A la limite du foie, on trouve presque constamment une zone de sonorité correspondant au côlon transverse; la tumeur dans son ensemble obéit aux mouvements respiratoires. Des néoplasmes et des kystes de la face inférieure du foie, ou appartenant à des foies déformés, peuvent avoisiner l'ombilic sans déjeter les côtes; ils se différencieront cependant des tumeurs du rein, car ils ne cèdent pas à l'impulsion que transmet la main postérieure dans le phénomène du ballotement. Ce signe joint à l'existence d'un varicocèle permettra de distinguer les tumeurs du rein quand elles ont acquis un certain volume. Si en même temps que le foie est hypertrophié, le rein est le siège d'une tumeur, on pourra par la palpation bimanuelle et le ballotement déterminer exactement ce qui appartient à chacun des deux organes (Guillet).

Du côté gauche, l'augmentation de volume de la rate se manifeste par un plan résistant qui élargit la base du thorax. Son bord interne aigu et tranchant offre habituellement une ou plusieurs encoches assez profondes vers la partie moyenne. La matité remonte du côté de l'aisselle, et la tumeur obéit aux mouvements respiratoires.

Mais, ainsi qu'on le sait, les cancers du rein gauche remontent souvent dans l'hypocondre avant de se porter en bas et de se mettre en rapport avec la paroi abdominale; ils se comportent en somme pendant quelque temps comme les hypertrophies spléniques.

D'autre part, si les tumeurs de la rate peuvent se déplacer, elles ne ballottent pas, et ne s'accompagnent jamais de varicocèle; elles s'éloignent en arrière de la colonne vertébrale où la matité paraît moindre (Dickinson). On les observe surtout dans l'impaludisme et la leucocytémie: l'examen du sang et des ganglions devra donc entrer en ligne de compte.

Les néoplasmes du rein se reconnaissent en partie, disions-nous, à la zone de sonorité que la percussion délimite au-devant d'elles, surtout du côté gauche. Cependant beaucoup de tumeurs abdominales sont dans le même cas. Ainsi les tumeurs du mésentère, les tumeurs rétro-péritonéales, celles des ganglions lombaires et du pancréas en particulier, sont presque toujours recouvertes par l'intestin. Elles débutent habituellement par la partie moyenne au niveau de l'ombilic (Tillaux). En même temps que leur évolution se poursuit, les anses de l'intestin grêle sont rejetées de chaque côté dans les hypocondres (Augagneur); en outre, les tumeurs du mésentère sont toujours remarquables par leur extrême mobilité.

Les néoplasmes du rein ne sont ni médians ni mobiles en général. J. Bœckel

a cependant signalé le fait d'un kyste hydatique du rein qui pouvait être transporté sans effort de gauche à droite. On doit songer aussi à la possibilité d'un rein unique en fer à cheval occupant la ligne médiane.

Les tumeurs de l'épiploon ont leur point d'origine dans une région para-ombilicale; se rapprochant par cette localisation des tumeurs du mésentère, elles s'en séparent parce qu'en général elles sont mates et non recouvertes par l'intestin.

Les tumeurs des capsules surrénales sont rarement volumineuses; quand elles atteignent de grandes dimensions, elles envahissent presque toujours le rein et sont presque impossibles à distinguer des cancers de cet organe (Guillet).

La matité du rein peut se confondre en haut avec celle du foie. Des tumeurs rénales peuvent également, en se développant vers les parties inférieures, se mettre en contact avec l'utérus, l'ovaire, que ces organes soient normaux ou le siège de productions accidentelles (corps fibreux, kystes, etc.). Le toucher vaginal, et la recherche du ballotement permettront de lever les doutes et d'attribuer à chaque organe ce qui lui revient dans la déformation de l'abdomen.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes dans l'hypothèse inverse, lorsqu'une tumeur ovarique à point de départ médian vient par un de ses prolongements élire domicile dans l'une des régions lombaires. L'idée d'un cancer du rein est de prime abord difficile à écarter, à plus forte raison si la tumeur ovarique est, par exception, adhérente à l'intestin et que la percussion mette cette particularité en évidence. On se souviendra, avant de prendre parti, que les tumeurs de l'ovaire attirent l'utérus en haut et que les grosses tumeurs du rein le refoulent et l'abaissent.

Le ballotement, si précieux pour établir l'existence d'une tumeur maligne du rein, aurait été retrouvé sur un cancer de l'intestin grêle (Albarran), du côlon (Chaput), sur un kyste dermoïde de l'ovaire gauche muni d'un long pédicule, et sur un kyste hydatique surrénal (Tuffier). Ce dernier auteur admet aussi le ballotement hépatique et celui du côlon descendant distendu par des matières stercorales. Mais, ainsi que le fait remarquer Guyon, si l'impulsion donnée par la main postérieure est produite par deux ou trois doigts seulement dans l'aire du sinus costo-vertébral, on évite d'empiéter sur la partie inférieure de l'hypocondre et l'on a toutes chances de ne mobiliser que le rein et par conséquent de donner une grande précision au diagnostic quand le phénomène est constaté.

Toute tumeur offrant ces caractères sera donc rapportée au rein. En résulte-t-il qu'on soit en présence d'un cancer ou d'un sarcome? Assurément non, car on ne peut toujours affirmer qu'une tumeur est solide et de plus, au niveau des cancers et des sarcomes, on peut percevoir une fausse fluctuation. On sait aussi que les kystes du rein congénitaux ou acquis, les kystes hydatiques, les hydronéphroses, les pyonéphroses ont pu être confondus avec des tumeurs solides (Chevalier). Cette erreur est à peu près inévitable si la paroi de la poche est très épaisse, ou si la paroi abdominale ne peut être déprimée, d'où l'utilité de ponctions exploratrices.

Quand la tumeur s'accompagne d'hématuries, le diagnostic s'impose pour ainsi dire; si les hématuries se montrent seules ou prématurément, on peut confondre les tumeurs du rein avec beaucoup d'autres affections des voies uri-

naires. Ce diagnostic différentiel a déjà été fait en grande partie à l'article *Hématurie*. Nous avons indiqué quels étaient les caractères des hématuries traumatiques simples, inflammatoires, calculeuses, spontanées, dues aux tumeurs du rein et de la vessie.

Malgré les différences tranchées que présentent ces hématuries d'origine si diverse, il existe des erreurs inévitables. Guillet rapporte une observation d'hématurie calculeuse qui, au lieu d'apparaître à l'occasion d'un trauma, et de cesser par le repos, prit pendant plus de quinze jours les allures d'une hématurie spontanée; cependant il existait un calcul arrêté à la partie inférieure de l'uretère, ainsi que le démontra le palper abdominal combiné au toucher rectal.

Plus loin, le même auteur rapporte un fait de *pyélo-néphrite suppurée* qui était accompagnée d'hémorragies abondantes et répétées au point que le diagnostic de tumeur maligne du rein fut émis comme le plus probable. Au début de la *tuberculose rénale*, si les organes génitaux sont indemnes, et qu'il n'y ait pas de phénomènes de cystite, la période d'incertitude peut se prolonger.

Quant aux *tumeurs de la vessie*, on sait qu'elles saignent abondamment, à intervalles d'autant plus rapprochés que leur développement s'accroît, et que pendant la période hématurique, à peine la vessie est vidée et lavée, le sang réapparaît dans la sonde ayant servi au lavage. Très rarement les hématuries d'origine rénale sont assez abondantes pour donner lieu à ce signe; il a cependant été noté par Albarran. Guillet cite une observation très curieuse d'un cancer du bas-fond de la vessie, qui avait comprimé l'un des uretères et déterminé une hydronéphrose; le malade avait eu des hématuries violentes qui, coïncidant avec une tumeur rénale, avaient été attribuées à celle-ci.

L'hématurie produite par le strongle géant se rapproche parfois de celle des néoplasmes. L'étude attentive des urines fera souvent reconnaître, soit des fragments, soit des œufs du parasite.

On peut avoir toute raison de penser à un cancer du rein par les caractères mêmes de l'hématurie, sans toutefois en avoir la certitude, l'exploration méthodique des deux régions lombaires ne donnant aucun résultat. Vu l'importance d'un diagnostic précoce, on pourrait avoir recours à différents procédés d'examen dont les plus recommandés sont: 1° le cathétérisme des uretères pratiqué suivant la méthode de Pawlik avec ou sans aspiration; 2° l'examen *cystoscopique* fait avec l'appareil de Grünfeld à lumière externe, les *endoscopes* de Nitze et Leiter à lumière interne et le *mégalo-scope* de Boisseau du Rocher. Ces instruments permettent de constater *de visu* l'uretère qui saigne, et d'explorer les parois de la vessie. Tous ces appareils doivent être dans un état de propreté absolue, car ils ont plusieurs fois déterminé des accidents sérieux d'infection.

Pour établir la variété de la tumeur rénale on peut avoir recours à la ponction exploratrice; cependant cette intervention n'est légitimée que si l'on soupçonne la présence d'une poche kystique; car, au-devant des tumeurs solides, l'intestin peut avoir contracté des adhérences et se trouver atteint par le trocart. On conseille plus volontiers l'*incision exploratrice*, opération beaucoup mieux réglée, toujours exempte de danger, comme en témoignent 25 faits de Gross et 42 de Newmann; Simon, Morris, Le Dentu, Chevalier, la recommandent. Les renseignements que fournit cette incision sont beaucoup plus précis; souvent cette méthode constitue une véritable opération préliminaire qui conduit sans perte de temps à la néphrectomie.

Quand on aura la certitude qu'on se trouve en présence d'une tumeur solide du rein, on pourra quelquefois en soupçonner la nature par les renseignements pris auprès des malades. Le *lipome* du rein est une affection rare qui appartient tout entière à l'histoire des urétérites et des pyélites (Godard, Lacrampe, Lousteau, Hartmann, Hallé); les *fibromes* ne s'accompagnent jamais d'hématuries, les *adénomes* simples et enkystés sont méconnus, les adénomes prolifères ou végétants se confondent avec les épithéliomas et le cancer. Le diagnostic différentiel des tumeurs rénales avec hématurie se trouve limité en pratique courante au sarcome et à l'épithélioma.

Au point de vue descriptif, cette question offre un certain intérêt; au point de vue pronostique, elle est secondaire, puisque les deux affections sont incurables. Il faut rappeler que l'épithélioma s'observe surtout de 40 à 60 ans, que les hématuries qui l'accompagnent sont fréquentes et profuses, les douleurs assez marquées, et la cachexie parfois rapide. La durée est en moyenne de 5 ans à 5 ans 1/2, la propagation est la règle. Le sarcome de l'adulte est moins fréquent que le cancer; il est beaucoup moins hémorragique que l'épithélioma; sa *durée moyenne* est, au contraire, plus étendue puisqu'elle peut atteindre 5 à 6 ans environ. Le sarcome est la tumeur habituellement observée chez l'enfant; il est souvent indolore, saigne peu, mais prend très vite un développement considérable, et la cachexie survient rapidement.

Le diagnostic de tumeur maligne du rein doit être fait aussitôt que possible, car l'opération n'est efficace que si elle est pratiquée de bonne heure. Avant d'opérer, on doit explorer très attentivement le rein supposé normal, et, si l'on a des doutes sur son intégrité, procéder à l'incision exploratrice par la voie lombaire.

Traitement. — Il est certain que tout traitement médical est frappé d'impuissance. On ne peut obtenir que l'atténuation des douleurs et peut-être la diminution des hémorragies. Mais, le diagnostic fait, la seule question importante est celle de l'opération. L'opération est contre-indiquée si la tumeur est très volumineuse, si le malade est affaibli, si l'on a la certitude qu'il existe déjà une propagation aux ganglions ou aux vaisseaux.

L'opération est la seule ressource contre les tumeurs de petite et de moyenne dimension. Deux méthodes opératoires ont été préconisées: la *néphrectomie* par la voie lombaire, la *néphrectomie* par la voie abdominale. Sans insister sur le détail de ces opérations que l'on trouvera décrites dans les thèses de Guillet et Chevalier, dans l'article de Tuffier et d'Albarran, et dans les *Traité spéciaux*, nous dirons que, d'après Chevalier, l'*extraction transpéritonéale* donne pour le sarcome et le cancer réunis une mortalité notablement plus faible que la néphrectomie lombaire.

La plupart des chirurgiens sont favorables à l'opération par la voie lombaire, sauf dans les cas de tumeurs très volumineuses. Presque tous sont unanimes à déconseiller l'opération chez l'enfant et le vieillard.

Il existe quelques observations où la récurrence ne semble pas s'être reproduite aussi bien pour les tumeurs du rein que pour celles du bassin. En tout cas, la thérapeutique chirurgicale se résume aujourd'hui en cette formule: opérer le plus tôt possible à moins de contre-indication majeure.